Castillo de Valle (Lib)

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

CONTRIBUCION

AL

ESTUDIO DE LA HISTEROTOMÍA.

TÉSIS

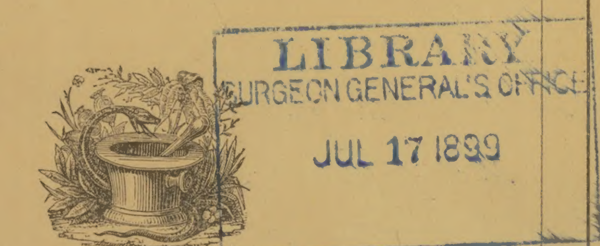
presentada
al Jurado de Calificacion

PARA EL EXÁMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y OBSTETRICIA

POR

LIBRADO CASTILLO DE VALLE

Alumno
de la Escuela de Medicina de México.

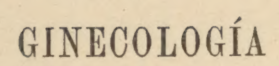


MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON
Calle de Lerdo número 3.

1878

Sr. Dr. J. M. Bandera



GINECOLOGÍA

Á LA SAGRADA MEMORIA

DE MI MADRE

Á MI PADRE

Á LA MEMORIA DE MI QUERIDO MAESTRO

el eminente cirujano

DOCTOR LUIS MUÑOZ

Á MI QUERIDO MAESTRO Y AMIGO

DOCTOR RAFAEL LAVISTA

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

CONTRIBUCION

AL

ESTUDIO DE LA HISTEROTOMÍA.

TÉSIS

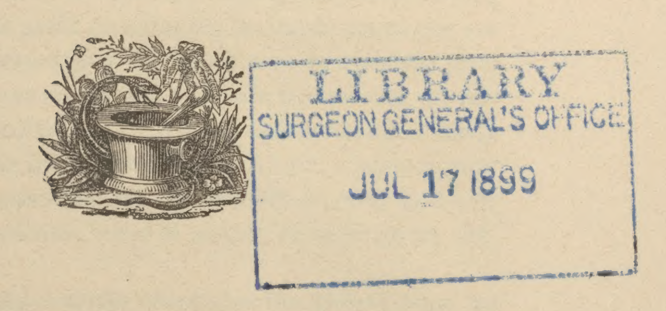
presentada
al Jurado de Calificacion

PARA EL EXÁMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y OBSTETRICIA

POR

LIBRADO CASTILLO DE VALLE

Alumno
de la Escuela de Medicina de México.



MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON
Calle de Lerdo número 3.

1878

LA Histerotomía es una operacion que encierra indudablemente un progreso de la cirugía; pero á pesar del gran número de veces que se ha practicado, tanto en América como en Europa, todavía no se resuelven muchos de los puntos que se refieren á ella: para convencerse de esto, basta ver el desacuerdo que reina en las opiniones de los que más se han ocupado de dicha operacion. En México empieza á ser conocida ahora, pues solo dos son los casos que se nos han presentado, y tan recientes, que aun están palpitantes las impresiones que sus funestos resultados han dejado en los ánimos de nuestros cirujanos. El estar en estos momentos obligado á presentar un trabajo á mi Jurado de calificacion, y el ser la operacion antes dicha uno de los puntos más interesantes de la cirugía, y además muy poco conocida entre nosotros, me ha decidido á tratar de hacer su estudio para presentarlo como el asunto de tésis de mi exámen profesional.

No soy yo quien debe resolver cuestiones tan árduas como las que se presentan al hacer este estudio, ni creo que nadie podria exigir á un estudiante ideas propias en una materia en que se necesita no solo una gran práctica, sino el concurso de los conocimientos adquiridos en muchos años por todos y cada uno de los especialistas en el punto. A sus escritos he ocurrido para

tratar de resolver la principal de las cuestiones enlazadas con la Histerotomía, y que es la siguiente: *¿La extirpacion del útero por la gastrotomía es una operacion que debe caer en el dominio público?* Cuestion es esta que para resolverse necesita de un estudio profundo.

Las proposiciones que asiento en el presente trabajo se encuentran apoyadas por las respetables opiniones de cirujanos tan eminentes como Pean, Spencer Wells, Kæberlée, Burnham, Kimbell y otros.

Creo tambien que al presentar las observaciones nacionales relativas, contribuyo con mi *grano de arena*, por las consideraciones que de ellas se desprendan al estudio de la operacion. Es poco, muy poco, es cierto, pero en semejantes estudios no debe desperdiciarse ningun dato, por insignificante que parezca.

Historia.

La Histerotomía, esa temeridad quirúrgica, como la llama Boinet, [1] fué practicada la primera vez, segun Storer, [2] por Ch. Clay de Manchester, en el mes de Agosto de 1843. Ya Vrisberg [3] en 1787 y Gutberlot [4] en 1814, habian dado el consejo de extirpar el útero por la gastrotomía en los casos de degeneracion cancerosa de este órgano, aunque no llegaron á ponerlo en práctica.

En nuestros dias vemos que la Histerotomía ha alcanzado grandes adelantos, tanto en Europa como en América. Como todos los progresos de la humanidad, ha tenido sus adversarios y sus defensores; entre los primeros figura Simpson de Edimburgo, que dice: "Yo considero la operacion como injustificable; la experiencia ha venido á confirmar mi modo de ver." [5] Gendrin [6] y Boyer [7] la combaten enérgicamente; el último se expresa así:

1 Traité pratique des Maladies des Ovaires et de leur traitement par A. Boinet. Ed. 1877, p. 635.

2 Storer. Successful removal of the uterus and toth ovaries. 1866.

3 Malgaine, Chirurgie operatoire.

4 Srebold's, Journal fur Geburtohuelfe. Vol. 5. 1825.

5 Clinical lectures an diseases of Women, p. 65.

6 Journal général de Médecine. Oct. 1829.

7 Traité des maladies chirurgicales. Paris, 1846.

"La extirpacion total del útero encerrado en la pelvis, es una operacion cruel, temeraria, inhumana, que nada puede justificar y que debe ser proscrita de la cirugía." Nelaton se opone igualmente y dice: "Toda operacion dirigida contra los tumores subperitoneales es impracticable."[1] M. Courty se expresa así: "No es posible excitar á los cirujanos á seguir esta via, hasta que siendo mejor conocidas las causas de muerte á consecuencia de la operacion, puedan combatirse más eficazmente, ó que las indicaciones ó contraindicaciones sean mejor determinadas."[2] Entre los que la combaten figuran tambien Churchill, West, Rigbhy, Biford y otros cuyas opiniones pueden verse en la obra de J. Pean y L. Urdy, titulada "Histerotomie," 1873.

Entre los defensores se puede citar á Kæberlée, Burnham, Kimbell, Routh, M. Storer, etc., etc., cuyas opiniones pueden verse tambien en la citada obra de Pean. Spencer Wells, que es igualmente del número de estos, dice: "La Histerotomía debe ser considerada entre las operaciones que el cirujano debe practicar siempre que sea llamado al lado de una enferma amenazada de muerte por ciertas enfermedades."[3]

Por fin, despues de muchas discusiones en que han campeado las opiniones más diversas y variadas, se han mejorado tanto los procedimientos operatorios, que ya existen estadísticas bastante numerosas (relativamente á la operacion) en las que pueden verse los perfeccionamientos que ha alcanzado la Histerotomía en Europa y en América.

Entre nosotros, dos son las operaciones de este género que se han practicado. La primera fué hecha por el Dr. J. F. Fénélon, en Enero de 1876, y la segunda por el Sr. Dr. R. Lavista, en Marzo de 1878, con motivo de la que presentó dicho señor un brillante trabajo á la Academia de Medicina de México, publicado el dia 11 de Abril del presente año, en el órgano de esta Asociacion, trabajo rico en apreciaciones justas y precisas, tanto respecto á las indicaciones de la operacion, como en cuanto á las dificultades que pueden presentarse en el momento de operar.

1 Elements de patologie chirurgical. Vol. 5º, p. 794.

2 Courty, Traité pratique des maladies de l'uterus, des ovaires et des trompes. Seconde ed. p. 1121.

3 Spencer Wells, Diseases of the ovaries, vol. 1 p. 68.

Consideraciones generales.

¿La extirpacion del útero por la gastrotomía es una operacion que debe caer en el dominio público?—Para resolver semejante cuestion se necesitaria tener una gran práctica de la operacion de que se trata, y meditar los trabajos y observaciones de los especialistas en la materia: estas dos exigencias las ha llenado el distinguido ginecologista Dr. Pean, y así, para resolver la citada cuestion de su obra intitulada "Histerotomie, 1873," tomaré las razones en que se apoya dicho autor para defender la proposicion sentada.

Para que una operacion deba ser practicada en cualquier caso, se necesitan las condiciones siguientes: Primera: Que el órgano que se extirpe ó se inutilice por ella no esté encargado de alguna funcion indispensable á la conservacion del individuo. Segunda: Que fundándose en datos anatómicos precisos, pueda practicarse sin herir esencialmente á la vida. Tercera: Que haya tenido algun éxito, porque una operacion que siempre ha sido seguida de muerte, debe proscribirse. Veamos si la extirpacion del útero por la gastrotomía satisface á estas tres condiciones.

Aunque el útero sea indispensable á la conservacion de la especie, su ausencia es perfectamente compatible con la vida. Las faltas congénitas y las atrofias de este órgano se observan en la naturaleza; además, cuando la vida sexual de la mujer ha cesado despues de la menopausa, su principal papel ha concluido y viene á ser un órgano inútil y aun dañoso algunas veces por las numerosas afecciones de que puede ser el sitio. Segun esto, ¿qué inconvenientes traerá para la mujer la extirpacion de dicho órgano? Ninguno, si no es la esterilidad, cuando dicha extirpacion se hace durante la vida sexual; pero hay que tener en cuenta que cuando esta operacion llega á hacerse necesaria, el embarazo, ó es imposible, ó seria un agravante de la enfermedad. Notemos tambien que cuando la curacion se obtenga, será completa y definitiva, circunstancias que hablan muy alto en favor de la operacion.

En cuanto á la segunda condicion, basta reflexionar en la si-

tuacion que guarda el útero en la pequeña pelvis y las relaciones que afecta con los diferentes órganos que se encuentran allí, para ver que la operacion es tan practicable como la ovariotomía; y ¿no está ya admitida esta última? Juzgo inútil entrar aquí en la descripcion anatómica del útero y sus anexos, por no repetir lo que puede leerse en nuestros libros clásicos de anatomía descriptiva.

Respecto á la tercera condicion, existen estadísticas bastante numerosas que demuestran que la operacion cuenta ya con algunos éxitos, pues segun las del Dr. Pean, él ha llegado á obtener 62 por 100 de curaciones: analizando las de otros autores, se encuentra una proporcion un poco menor, pero muy halagadora, y aunque á estas estadísticas no debe darse mucho crédito, segun dice Boinet,[1] es inconcuso que la ciencia registra ya casos de completo éxito, lo que basta para que la operacion esté conforme con la tercera condicion.

De todo lo cual debemos deducir que la extirpacion del útero por la gastrotomía *es practicable.*

Vamos en seguida á tratar de hacer el estudio de sus indicaciones, aunque sea sucintamente.

Padecimientos que pueden llegar á indicar la Histerotomía.

Estos son los tumores fibrosos ó fibro-miomas uterinos y los tumores fibro-quísticos. Tanto unos como otros pueden atacar á la mujer desde la edad de la pubertad, época en que el útero entra en el pleno ejercicio de sus funciones, hasta despues de la menopausa, notándose que son más frecuentes entre los 20 y 40 años. Las causas son poco conocidas. Sin embargo, se comprende que en un útero predispuesto, ó en el que se encuentra un principio de alguno de estos tumores, todas las funciones del órgano, mientras más activas sean, influirán más en el progreso de la lesion.

Así la menstruacion, y más si es difícil, por la excitacion, congestion y ligera hipertrofia que cada mes determina, cooperará poco á poco al progreso del tumor.

1 Loc. cit.

El aborto.—Suspendiendo repentinamente la gestacion, y no pudiendo volver el útero á su estado normal como lo hace despues de un parto á término, podrá influir, ya predisponiendo el órgano ó acelerando la marcha de la afeccion. Algunos autores, refiriéndose al cáncer del útero en las mujeres predispuestas, dicen que un aborto puede ser el punto de partida.

El embarazo.—La influencia de este estado se comprende fácilmente; la hipertrofia que trae sobre todos los elementos anatómicos de la matriz, tiene que hacerse sentir sobre el tumor de una manera marcada, y suele suceder que por esta razon vengan hemorragias y dolores expulsivos, que perturben y comprometan la gestacion.

El parto.—Puede ser complicado por la presencia de alguno de estos tumores que suelen producir un estrechamiento en el trayecto que tiene que recorrer el feto, ó determinar hemorragias gravísimas, tanto para la madre como para el producto de la concepcion. Sin embargo, es preciso convenir en que el parto tiene á veces una influencia muy favorable sobre estos tumores, pues se ha visto que han llegado á desaparecer en algunos casos: esta regresion parece que depende de que el neoplasma participa de la retraccion del útero al volver á su estado anterior á la concepcion. Se comprende que llegando á adquirir el tumor un volúmen considerable, de manera de impedir las funciones fisiológicas de la generacion, la concepcion será imposible.

La marcha de los tumores de esta clase es generalmente muy lenta, pues se pasan seis ó siete años desde que la enferma se apercibe de su mal hasta el momento en que la intervencion del arte se hace necesaria. Hay algunas mujeres que llevan estos tumores toda su vida, sin que sean molestadas gran cosa; desgraciadamente no siempre sucede así, sino que á menudo, tarde ó temprano, llegan á ocasionar tales perturbaciones en el organismo, que el médico tiene que resolverse á practicar la operacion despues de haber agotado todos los medios aconsejados, ó resignarse á ver morir á la enferma en el momento de una hemorragia, ó agotada por las continuas pérdidas de sangre y la falta de nutricion.

Los tumores fibrosos están constituidos, como su nombre lo indica, de tejido fibroso hipertrofiado, separado de las fibras pro-

pias del órgano por una capa de tejido celular flojo, ó bien la fibra muscular forma parte del tumor mismo, y estos son los fibro-miomas. Se dividen por su sitio anatómico en tres clases: sub-mucosos, intersticiales y peri-uterinos ó sub-peritoneales; hay signos comunes á todas, y signos propios á los de cada clase. Los signos comunes los dividiremos en signos subjetivos y signos objetivos.

Signos subjetivos.—Como antes dije, siguen una marcha muy lenta, lo que hace que las mujeres no se aperciban de su presencia hasta que les empieza á llamar la atencion la elevacion de su vientre, que la menstruacion es más difícil que de ordinario, que la cantidad de sangre aumenta y constituye una menorragia; despues sienten pesadez en el vientre, se fatigan pronto, experimentan dolores en el bajo vientre, en las íngles y en los muslos; en las siguientes menstruaciones sigue aumentando la sangre hasta ser verdaderas menorragias casi continuas, ó bien se establece un escurrimiento sanguinolento-mucoso ó muco-purulento. Viene en seguida el tenesmo rectal-vesical, y si el tumor sigue creciendo, vienen las alteraciones de los fenómenos digestivos que llegan á constituir á veces una verdadera dispepsia, al grado que el estómago no consiente ni la más ligera cantidad de alimento: puede llegar á aumentar tanto el volúmen del tumor que haga difícil la respiracion, y por la compresion que ejerza sobre los gruesos vasos de la cavidad pelviana, determinar los demás de los miembros inferiores y el derrame peritoneal.

Signos objetivos.—Estos nos son proporcionados por la palpacion abdominal, por el tacto vaginal, por el tacto rectal y por el histerómetro.

Por la palpacion se nota luego la elevacion del vientre y se puede por ella apreciar el volúmen del tumor, su direccion, consistencia, movilidad, y si es liso ó abollado, así como podrá tambien apreciarse la cantidad del derrame peritoneal.

Por el tacto vaginal se puede conocer la direccion del cuello, su reblandecimiento ó dureza, estrechamiento ó dilatacion, y examinar tambien una gran parte de las paredes del útero, si están lisas ó abolladas, y juzgar aproximativamente de la situacion general del órgano: este procedimiento, unido á la palpacion abdominal, nos enseñará si el tumor está adherido al útero cuando

el primero participe de los movimientos que se imprímán á este último, así como tambien juzgar de las adherencias que existan con los órganos vecinos.

Por el tacto rectal conoceremos el estado de la pared posterior del útero, y si hay ó no retroversion.

El histerómetro ha sido aconsejado para conocer el estado de la cavidad uterina y por su direccion hacerse cargo del lado en que se encuentra el tumor cuando hace una saliente en dicha cavidad; pero su empleo es delicado, por las hemorragias á que puede dar lugar.

Se ha recomendado tambien la dilatacion del cuello por medio de la esponja preparada ó de la raíz de genciana, para cerciorarse completamente del estado de la cavidad uterina; pero siendo estas maniobras largas y dolorosas, molestan mucho á las enfermas y pueden determinar una inflamacion de la mucosa que termine por la supuracion de una parte del tumor, supuracion que por su retencion y descomposicion, puede complicarse de muy graves accidentes.

Tanto los signos subjetivos como los que nos proporcionan los diferentes medios que acabamos de indicar, serán más ó menos acentuados, segun la clase de tumor de que se trate.

Tumores sub-mucosos.—Estos, ó están pediculados y constituyen los pólipos, de los que no tenemos que ocuparnos aquí, ó están implantados por una ancha base á alguna de las paredes del útero, siendo más ó menos circunscritos y haciendo una saliente más ó menos notable en la cavidad; están generalmente separados del parenquima uterino, circunstancia que hace fácil la aplicacion del método de Baker Brown. Los síntomas á que dan lugar son: pesantez en el bajo vientre, dolores expulsivos, hemorragias algunas veces graves, ó un escurrimiento que viene á constituir una verdadera leucorrea.

Intersticiales.—Estos son los que tienen generalmente una marcha más lenta; dan lugar á hemorragias gravísimas, determinando tambien la dislocacion del órgano en el sentido en que más se desarrollan, y como se encuentran implantados en el parenquima mismo del órgano, determinan algunas veces su hipertrofia total, acompañándose en este caso del cortejo de síntomas de que ya hemos hablado. Puede verse, para el estu-

dio de esta clase de tumores, el trabajo ya citado del Dr. Lavista.

Subperitoneales ó peri-uterinos.—En estos los síntomas son los de todos los tumores abdominales.

Tumores fibro-quísticos.—Generalmente subperitoneales, más raros que los anteriores, se encuentran, lo mismo que ellos, constituidos por tejido fibroso hipertrofiado, con la diferencia de que en su interior hay cavidades más ó menos vastas, llenas por un líquido sanguinolento, mucoso, más ó menos variable: estas cavidades pueden estar formadas por el tumor fibroso solamente, por el tumor y parte del tejido muscular del útero, por la superficie uterina y la hoja peritoneal, ó por la pared misma del útero. Estos tumores pueden ser más ó menos prominentes en la cavidad abdominal, pudiendo contraer adherencias con todos los órganos vecinos, adherencias que por la gran vascularizacion que determinan, hacen mucho más grave su extirpacion. El diagnóstico de ellos y de los fibrosos peri-uterinos es de los más difíciles, pudiendo verse este en la obra de Courty ya citada, pág. 943.

Terminacion.—Esta puede ser favorable ó fatal; suele verse algunas veces la atrofia de estos tumores ó su desaparicion completa, determinada por los fenómenos consecutivos al parto; esta desaparicion suele efectuarse espontáneamente algunas veces, aunque raras, ó ser el efecto de un tratamiento médico; terminaciones que no se observan sino cuando el tumor no ha llegado á adquirir un gran desarrollo.

Pueden determinar la muerte todos estos tumores de varias maneras. Por una hemorragia rápidamente mortal y en circunstancias en que la paciente no pueda recibir oportunamente los auxilios del arte; por hemorragias más ó menos largas y continuas que determinen un agotamiento general; por la supuracion del tumor, que puede dar lugar á la infeccion purulenta; por el agotamiento que pueden traer las punciones repetidas en los casos de ascitis graves; por el marasmo en que puede caer la enferma, debido á la falta de nutricion general, consecuencia de la dispepsia, y, en fin, aunque muy raras veces, por la dificultad en la respiracion.

Tratamiento.—Este puede ser médico ó quirúrgico; el tratamiento médico puede tener por objeto combatir la hemorragia, para lo que se han usado las irrigaciones y lavativas frias, el em-

pleo local y general del percloruro de fierro, el alumbre, el tapon y el cuernecillo de centeno, que es el más importante, aplicándose este con el doble objeto de detener la hemorragia y favorecer en ciertos casos la ennucleacion del tumor. Queriendo resolver el neo-plasma se han hecho inyecciones de yoduro de potasio yodurado; con este mismo objeto se han usado las preparaciones de bromo, las arsenicales y las alcalinas, etc., etc. Ultimamente se ha recomendado mucho la electrolisis, pudiendo verse en el número correspondiente al mes de Febrero de este año, de los "*Archivos generales de Medicina*," varias observaciones de curaciones obtenidas por este medio. Con el objeto de levantar las fuerzas de la enferma, se recomiendan los ferruginosos, tónicos y analépticos, y todos los cuidados higiénicos más apropiados. Pero como se ve por la larga lista de los medicamentos que han sido recomendados contra estas lesiones, no hay desgraciadamente ninguno seguro, y si despues de haberlos agotado con paciencia y perseverancia no hemos obtenido ningun resultado, tendremos que ocurrir al tratamiento quirúrgico, pero solo en los siguientes casos: en los tumores intersticiales, peri-uterinos y fibro-quísticos, cuando lleguen á amenazar formalmente con la muerte á la paciente por alguna de las terminaciones de que hablamos antes, y siempre que dicho tratamiento quirúrgico no esté claramente contra-indicado, sea por el excesivo desarrollo del tumor, que llegue al grado de hacer imposible la extraccion aun por una gran incision ($0^{m}03$ arriba del ombligo), ó sea por existir adherencias con órganos tales, que la destruccion de ellas traiga fatalmente la muerte, ó bien que el agotamiento de la enferma sea tal, que no haya probabilidades de que pueda resistir el traumatismo.

Los tratamientos quirúrgicos se reducen: á la extirpacion del tumor por las vias naturales, como en el método de Baker Brown; á la puncion por el vientre, aconsejada por algunos autores, dejando una cánula permanente con objeto de determinar una inflamacion adhesiva, la supuracion del tumor y su eliminacion por esta via artificial: este método ha sido desechado por ser muy largo, muy molesto, y proporciona á la enferma mayores sufrimientos que los que la hace experimentar su lesion primitiva; además, puede dar lugar á la muerte por peritonitis ó ago-

tamiento debido á la larga supuracion: no sé que conste algun éxito debido á este método. No nos queda pues ya más, que la histerotomía por la gastrotomía. No describiré el manual operatorio de esta gran operacion, porque puede verse en la segunda observacion de este trabajo, descrito con mano maestra por el Dr. Lavista. Pasaré en seguida á estudiar sus consecuencias.

Estas pueden ser: la muerte ó la curacion completa y definitiva. Las causas de la muerte son tres: 1ª, la hemorragia, que puede ser primitiva ó secundaria; 2ª, el choque quirúrgico, y 3ª, la peritonitis. La primera queda destruida, tanto por los progresos llevados al manual operatorio, cuanto por el cuidado y destreza del cirujano. La segunda, el choque quirúrgico ó agotamiento nervioso que sobreviene casi siempre despues de las grandes operaciones, cree Storer que está ligado al dolor que, impresionando los centros nerviosos, trae por accion refleja la parálisis del corazon; sin embargo puede suprimirse el elemento dolor por medio de la anestesia, sin que esta causa deje de observarse. Cree el Dr. Pean que depende de la duracion de la operacion; mientras más dure esta, más pérdida de fuerza útil habrá, y más deberá temer el cirujano ver sucumbir á su enferma en las horas siguientes á la operacion. Indudablemente una cloroformizacion muy prolongada tiene que unir sus efectos á los del traumatismo y determinar una gran depresion del sistema nervioso, y como consecuencia la parálisis del corazon por accion refleja debida á la irritacion del sistema cerebro-raquidiano, debiendo tambien tener para este efecto muy en cuenta, el estado de agotamiento general en que se encuentre la paciente. La tercera, esto es, la peritonitis, puede ser debida á la entrada de la sangre ó de cualquier otro líquido á la cavidad del peritonéo, así como tambien al contacto prolongado del aire con esta membrana: esta causa indudablemente es de las más constantes y graves, pero sabemos que afortunadamente no es siempre mortal. Así, resumiendo, diremos que la primera de las causas de muerte enumeradas, depende del cirujano las más veces; la segunda se disminuirá indudablemente siempre que se logre abreviar todos y cada uno de los tiempos de la operacion, acortando así tambien la duracion de la anestesia y no operando sino sobre enfermas que no hayan llegado al último grado de agotamiento. Respecto á la tercera,

sabemos que puede combatirse usando los medios apropiados.

Supongamos que se tiene una enferma atacada de un tumor fibroso intersticial, peri-uterino ó fibro-quístico, que ha llegado á adquirir un volúmen considerable, que comprimiendo los vasos de la cavidad pelviana, produce edemas en los miembros inferiores, y ascitis abundantes y graves que pueden traer pronto la muerte, ó que hace tiempo mantiene hemorragias considerables, al grado de llevar hasta el síncope á la enferma, ó bien que su dispepsia sea de tal manera considerable, que esté produciendo un marasmo alarmante, y en la que hayan fallado todos los medios médicos é higiénicos recomendados en estos casos, y que á pesar de todo este cuadro de síntomas no exista ninguna de las contra-indicaciones ya mencionadas para la operacion. ¿Qué debe hacer el médico? ¿Retrocede asustado por la gravedad de la operacion, único medio que le queda, confiesa su impotencia y se cruza de brazos á esperar que llegue la muerte que se acerca, es cierto, con pasos lentos pero seguros? Yo creo que despues de haber consultado la opinion de varios cirujanos competentes, debe manifestarle á la enferma la gravedad de las circunstancias en que se encuentra y no ocultarle la inmensa gravedad de la operacion, manifestándole que se va á jugar en ella el poco y angustioso tiempo de vida que le queda, contra la probabilidad remota de una curacion definitiva. Si ella accede y se encuentra en las circunstancias antes dichas, yo creo poder decir, apoyado en la opinion de prácticos eminentes, que en este caso el cirujano está obligado á practicar la *extirpacion del útero por la gastrotomía.*

OBSERVACION PRIMERA.

Extirpacion del útero por la gastrotomía, practicada por el Sr. Dr. J. F. Fénélon, en el mes de Enero de 1877. (Muerte de la enferma.)

La enferma de que se trata habia llegado al último grado de la anemia, á consecuencia de pérdidas incesantes de sangre desde hacia años; todos los signos que presentaba indicaban la probabilidad de una terminacion pronta y funesta: diarrea, vómitos, dispepsia y vértigos, hacian ya su existencia insoportable. Al

examinarla encontramos el útero prominente en el hipogastrio, y de cada lado se percibian tumores fibrosos unidos al útero por los ligamentos anchos; por la vagina se notaba elevacion del cuello, lo que demostraba que no cabia ya el útero en la pequeña pelvis; la movilidad de este cuerpo al rededor de su eje, nos hizo pensar en que pocas debian ser las adherencias y concebir la idea de intentar la extirpacion para dar alguna probabilidad de vida á la paciente. Sin embargo, quise que la enferma fuera la que determinara si le convenia ó no sufrir la operacion y *correr el abur*, diciéndole la verdad entera: que la operacion era sumamente arriesgada por su tamaño y por las circunstancias en que ella se encontraba. Le dí aún tiempo de pensarlo, y despues de haberla visto establecida en un cuarto del ex-convento de Sta. Clara, descansada y un poco mejorada por su tratamiento analéptico, volví á presentarle las circunstancias de la operacion bajo el aspecto que tenian; insistió la paciente en que estaba resuelta á sufrirla.

Despues de haber visto á la enferma, en compañía de los Sres. Dres. Martinez del Rio, Egea y Reyes, quienes consideraron la operacion como temeraria, procedimos á practicarla con ayuda de los señores antedichos, y más los Sres. Lavista, Maldonado, Alvarez y C. Fénélon. La incision fué la clásica para la ovariotomía; completada esta, se nos presentó el cuerpo del útero con la vascularizacion conocida, tanto más notable en esta enferma cuanto que la generalidad de sus tejidos eran sumamente pálidos. Descubierto el útero, se procedió á luxarlo fuera de la incision inclinándolo sobre su eje, de manera que el ángulo izquierdo se volviera anterior y pudiera salir primero, conseguido lo cual se pudo tener la masa total fuera del vientre. Con objeto de no sustraer la sangre contenida en ella, aplicamos sobre el útero y fibromas que lo acompañaban la venda de Esmark, hasta tener la certeza de haber devuelto á la circulacion general la sangre que contenia; entonces aplicamos el tubo y abajo de este las ligaduras y cadenas constrictoras, lo que fué bastante penoso por el volúmen excesivo del pedículo, constituido por la reunion del cuello al cuerpo, siendo esta parte más voluminosa de lo que se podia pensar por la presencia del fibroma principal desarrollado en la cavidad uterina: la dureza de este era tal que se hizo muy

difícil la introduccion de las cadenas y se prolongó demasiado, ciertamente, esta parte de la operacion, que sin embargo, podria decirse que terminó felizmente, habiendo durado toda ella poco menos de dos horas y no habiendo pérdida de sangre ni durante ni despues de la operacion; al volver del cloroformo, el estado de la enferma era mejor de lo que se podia esperar. Al dia siguiente se desarrollaron signos de peritonitis circunscrita, y al tercer dia, despues de varias alternativas, la enferma murió al anochecer, en un acceso de vómito, despues de haber señalado un dolor agudísimo á nivel de la incision. Pocos instantes despues de la muerte noté meteorismo limitado; entreabrí la incision para retirar el clamp constrictor que mantenia en la incision el cuello pedículo, y noté un absceso epiplóico, el cual evidentemente se habia abierto paso en la cavidad abdominal y determinado la muerte. Es permitido creer que sin el dicho absceso, la enferma habria podido vivir, y creo poder pensar que el absceso fué debido á la conservacion de una porcion del epiploon que convendria haber suprimido.

No permitieron los deudos que se hiciera la necropsia para completar el estudio del caso; pero tanto lo que he diseñado como la marcha de los síntomas explican la causa de la muerte: ella fué debida á la apertura de un absceso epiplóico en el interior del vientre, y es de suponer que si todo el epiploon malo hubiera sido quitado, no habria sobrevenido este accidente mortal.

Al exámen de la pieza se ve que el fibroma interior habia llegado á distender las fibras uterinas hasta el grado de hacerlas impotentes, reduciendo las paredes del útero á membranas demasiado delgadas é incapaces de rehacerse.

En medio de un organismo agotado absolutamente, el útero parecia llamar á sí todos los elementos capaces de organizarse; verdadero parásito, devoraba cuanto habia, para alimentar las neo-formaciones de que eran el sitio su cavidad y su superficie entera. ¿Cómo creer que pudiera detenerse esa desviacion vital tan desproporcionada ya con las fuerzas de la paciente? Además, todo lo racional habia sido intentado ya; el centeno podia momentáneamente evitar la salida de la sangre, pero no la nutricion de los fibromas, y ni aun contenia el flujo sanguíneo, sino cuando la paciente quedaba en la posicion horizontal.

Basta ver la pieza anatómica (que conservo en mi poder) para convencerse de que era imposible que la enferma pudiera seguir viviendo con semejante lesion.

Siento no poder dar algunos detalles recogidos el dia de la operacion, por haberse extraviado las notas correspondientes.[1]

OBSERVACION SEGUNDA. *

Fibro-mioma intersticial de la pared anterior del útero, ocupando toda su cavidad. Gastro-histerotomía y muerte de la enferma.

Practicada el 22 de Marzo de 1878 por el Sr. Dr. R. Lavista, con asistencia de los Sres. Dres. Ortega D. Francisco, Licéaga, Andrade, Martinez del Rio, Bandera, Dominguez, San Juan, Martinez del Villar, Mejía, Egea, Chavez, y los practicantes Sres. Gama, Otero, Reyes, López-Tello, Sanchez y el autor de este trabajo.

La Sra. Dª L. T., natural de Toluca, de 44 años de edad, casada, habitualmente de buena constitucion: á los 15 años aparecieron por primera vez las reglas, las que no tuvieron perturbacion alguna mientras fué soltera; á los 30 años contrajo matrimonio, y algunos meses despues sufrió un aborto, del que hace partir el padecimiento que más tarde habia de comprometer su vida: desde esa época sus menstruaciones se hicieron menorrágicas y dolorosas, y su salud se quebrantó; durante seis años su padecimiento casi no la molestó, pero al sétimo empezó á notar abultamiento del vientre y la abundancia de la sangre menstrual que llegó á constituir verdaderas metrorragias, llevando algunas veces á la enferma hasta el síncope, y sobre todo, que casi nunca dejaba de escurrir sangre, aunque fuese en pe-

1 Esta observacion la he extractado de una carta que el Sr. Fénélon tuvo la bondad de dirigirme, á peticion mia. En ella hace dicho señor algunas reflexiones sobre la histerotomía, las cuales están enteramente de acuerdo con las ideas que manifiesto en este trabajo. Tambien me enseñó el Sr. Fénélon la pieza anatómica de que habla en su observacion.

* Para publicar esta observacion he extractado del trabajo del Sr. Lavista la parte correspondiente á los antecedentes de la enferma y diagnóstico del padecimiento, no pudiendo publicarlo íntegro por no hacer más largo el presente trabajo. Sin embargo, en lo que corresponde al manual operatorio no he podido menos que copiarlo textualmente, por encerrar apreciaciones muy dignas de tenerse en cuenta.

queña cantidad. Por el desarrollo del tumor vinieron los fenómenos dispépticos; al examinarla se encontró el vientre abultado como en un embarazo de siete meses; la piel deslizaba fácilmente sobre el tumor, el cual se sentia liso, elástico, resistente y falsamente fluctuante, situado en la línea média, oblícuamente dirigido de arriba á abajo y de izquierda á derecha: midiéndole de su límite superior á la sínfisis del pubis, dió 0m32, siendo la circunferencia del vientre de 0m90; se encontró tambien otro pequeño tumor, situado probablemente en el cuerno derecho del útero; se dice del útero, porque el primero parecia formado por el mismo útero distendido, mientras que el segundo, que era duro, resistente y abollado, parecia formado por la trompa y el ovario correspondientes. La masa total del tumor estaba dirigida de la fosa iliaca izquierda hácia el hipocondrio derecho. No se encontraron ni derrame peritoneal ni edemas en los miembros inferiores; habia tenesmo vesical, y los fenómenos dispépticos habian progresado mucho. En los otros órganos nada de particular; solo el sistema vascular permitia percibir un soplo anémico en el lugar de eleccion. Por el tacto vaginal se encontró el cuello en ligera retroversion, abierto en la extension de dos y medio centímetros, y labios gruesos, blandos é insensibles; por el aumento en su longitud, habian aumentado tambien los fondos de saco correspondientes; á través de estos, se sentia en la pared anterior el endurecimiento del útero, engrosado por el neoplasma. La parte del tumor que se abocaba con el cuello uterino, era de forma regular, cilindroide, de consistencia elástica y perfectamente limitable por el tercio posterior, mientras que la exploracion de los dos tercios anteriores dejaba sentir un fondo de saco constituido, á no dudarlo, por la insercion del tumor á la superficie correspondiente á la pared anterior del útero. El histerómetro rectificó todo lo antes dicho; pero no pudo dar á conocer la cavidad uterina, porque frotando contra el tumor provocaba hemorragias si se insistia en la exploracion. Aplicando el espejo se veia el tumor descrito, de color rosado, ocupando el istmo del útero.

Por los síntomas antes referidos venia naturalmente á la imaginacion el diagnóstico antes dicho; sin embargo, para hacerlo preciso, conocer bien las indicaciones, y tomar una regla de

conducta segura, se consultó á los Sres. Andrade, Licéaga é Hidalgo Carpio, quienes opinaron, despues de estudiado el caso, que seria oportuno tentar la dilatacion del cuello, con objeto de ver si se podia limitar la insercion del tumor y disipar así las dudas que se ofrecian en ese momento: dicho consejo se llevó á cabo por medio de las raíces de genciana y esponja preparada; se hicieron tentativas con este objeto, durante dos meses, en los que se manifestaron todos los inconvenientes y molestias que trae esta dilatacion; sin embargo, se pudo por ella comprobar el diagnóstico hecho y conocer la insercion transversa del tumor, á la vez que se pudo comprobar que formaba cuerpo con el útero. Sigue el autor del trabajo en consideraciones sobre la dificultad del diagnóstico diferencial de este caso, así como tambien sobre la conducta que convendria seguir. Solicitados de nuevo los Sres. Licéaga, Andrade y Martinez del Rio, con asistencia de los dos últimos, se determinó que no quedaba más que hacer que la histerotomía. Se le manifestó á la enferma repetidas veces la gravedad de su situacion, é igualmente los inmensos peligros que iba á correr en la operacion: aceptada esta por la enferma y su familia, se la dispuso como es aconsejado en estos casos; se trató antes de proceder, de estudiar con el mayor cuidado el modo de conjurar hasta las más pequeñas dificultades que pudieran surgir, se dió cuenta al personal del estado de la enferma, del método que se iba á seguir en la operacion, y se designó á cada uno el papel que debia desempeñar.

[1] "Íbamos ya á proceder á la operacion, previa anestesia, cuando me pareció conveniente consultar á mis ilustrados compañeros si deberiamos ajustarnos al consejo de Pean, relativo á la extension que debiera darse á la incision abdominal. Como sabeis, el cirujano francés insiste mucho en el peligro de las grandes incisiones, y previene que siempre que sea posible se limiten estas al ombligo. Le parece temerario extenderlas á cuatro centímetros de este punto, y juzga que las maniobras del segundo tiempo bien practicadas son suficientes para vencer las dificultades que pudiera oponer un gran tumor para salir por una abertura relativamente pequeña: esta es su última manera de ver las

1 Desde aquí copio textualmente al autor de esta observacion.

cosas. Pues bien; como en nuestro caso difícilmente hubiéramos desalojado el neo-plasma conformándonos con este precepto, y como de conformarnos pudieran resultar complicaciones graves, quise presentar á la ilustracion de mis compañeros mi modo de ver las cosas.

Exagerado me parecia el precepto que me propuse infringir, pues que si para extraer el tumor hubiera que contusionar los bordes peritoneales, á la vez que prolongar la maniobra, los accidentes que naturalmente debian sobrevenir excedian sin duda á los que pudiera ocasionar la herida algo más extensa. Pero lo que es capital á mi modo de ver, es, que bien proporcionada la extension de la herida á las dimensiones del neo-plasma, pudiera evitarse el segundo tiempo de la operacion, y esto solo autorizaba, en mi concepto, la infraccion que mencionamos. Despues veremos cómo tuvimos razon para proceder así. En apoyo de mis ideas vinieron los Sres. Ortega y Licéaga, aceptándolas unánimemente los otros compañeros. Se nos avisó que la hora habia llegado, y en el instante cada uno tomó su puesto. Eran las doce en punto cuando se comenzó lo que el Dr. Pean llama el primer tiempo de la operacion.

Previa evacuacion de la orina, hicimos la primera incision, extendida de casi tres centímetros encima del ombligo; costeando su parte izquierda hasta abajo de él y siguiendo la línea média, descendimos hasta un centímetro del pubis; dividimos cuidadosamente todas las partes blandas que forman la pared, con exclusion del peritonéo, que no debió interesarse sino cuando hubiera cesado hasta la última gota de sangre de la herida: obsequiada con escrupulosidad esta regla, procedimos á la seccion peritoneal, haciendo una pequeña incision en la parte inferior de la herida, capaz de permitirnos la introduccion de nuestro índice, para cortar sobre él de fuera hácia dentro, pues el temor de cortar un vasito que diese sangre que pudiera escurrir al peritonéo, nos obligaba á esta exageracion de precauciones.

Felizmente pudimos concluir este primer tiempo sin dificultad, obsequiando lo prevenido.

Descubierto el tumor, notamos que la incision que habiamos practicado era aún relativamente pequeña, no obstante de medir 22 centímetros de longitud. La cara anterior, de aspecto rojizo

bastante vascular, era bien lisa, y quedaba en el plano profundo de la herida, sin tendencia alguna á herniarse.

Segundo tiempo. Pasamos en dos puntos equidistantes de los bordes del tumor y tan arriba como fué posible, dos asas de hilo de fierro, que nos iban á permitir juzgar de las dificultades que nos opondria el tumor para su salida. Estas debian referirse, ó bien á su tamaño, ó bien á la existencia de adherencias.

En el momento en que la aguja de Cintrat atravesó la parte correspondiente del tumor, este dió sangre, que mis ayudantes cuidaron de contener, evitando su entrada al peritonéo.

Tomado el tumor con las asas metálicas, y hecha la prudente tentativa de desalojamiento de la cavidad abdominal, encontramos que su extraccion no era posible y que debiamos proceder al *morcellement.* Ante todo, y con la mayor precaucion, habiamos explorado la superficie posterior, en lo que nos era permitido, asegurándonos por esta exploracion de la falta de adherencias.

La dificultad que íbamos á vencer se referia solo al volúmen, y era necesario disminuir este para triunfar de ella.

En aquel momento, alguno de mis ayudantes creyó sentir fluctuacion en el tumor, y como de esta sensacion participaron algunos otros compañeros, y por último, como en el caso de ser cierta la coleccion, íbamos desde luego á disminuir el neo-plasma, evacuando su contenido, no tuve inconveniente, por una puncion con un trocart Dieulafoy y el correspondiente aspirador, en cerciorarme del hecho: verificado esto, vimos con pena que solo quedaba el fraccionamiento intra-abdominal del tumor, como recurso único para su extraccion.

Resuelto este punto, procedimos conformándonos en todo con los preceptos de Pean, y allí mismo encontramos la explicacion de las modificaciones que este ilustre cirujano ha hecho de su procedimiento primitivo.

Para que se entienda en qué consisten estas y se aprecien las dificultades que presentan, daremos una idea de los preceptos de Pean.

Dice el mencionado práctico, que una vez que se ha fijado el tumor en las asas metálicas que al nuestro habiamos pasado, se le debe atravesar de adelante hácia atrás con la aguja de Cintrat, armada de su correspondiente asa de hilo de fierro, y hecho esto

en dos puntos convenientemente elegidos y cortadas las asas, se aplicarán los extremos de las cuatro hebras metálicas á aprieta-nudos correspondientes, prefiriendo servirse de los que inventó Cintrat; despues se aprietan á satisfaccion y se corta impunemente toda la porcion del tumor situado arriba de las ligaduras: esto se lee en su Memoria de 73. En su Clínica y como modificacion que aparentemente simplifica el procedimiento, se dice que despues de levantado el tumor con las asas que lo sostienen, se pasan las hebras constrictoras tan abajo como sea posible, más ó menos oblícuamente al eje del tumor, pues el objeto es quitar lo que se pueda sin precipitacion: esta maniobra se debe repetir hasta obtener la reduccion conveniente para la fácil salida del tumor.

A primera vista se nota la dificultad que envuelve la práctica del segundo tiempo de la operacion, si se observan los consejos que se encuentran en la Memoria del Sr. Pean, y se nota, como ha de haberle acontecido á su autor, no poderlos realizar, cuando desiste de ellos y nos previene hacer lo que se pueda. Reflexionando un poco, se advierte luego que casi nunca tendrá aplicacion la regla primitiva, pues que esta maniobra es ciega, difícil y peligrosa. Para hacerla práctica casi es preciso poder dirigir la punta de la aguja, y esto necesita la introduccion de las manos en una cavidad completamente llena por el tumor; y por último, si sucede lo que en nuestro caso, que las picaduras de entrada y salida de la aguja sangran abundantemente, seria imposible evitar que de la picadura posterior se escurra la sangre á la cavidad peritoneal. Pero hay más todavía: no se comprende cómo con cuatro hilos dispuestos como queda indicado, se puedan hacer tres ligaduras, y en consecuencia tampoco se pueda tener seguridad de estrangular la porcion intermedia del tumor, exponiéndose el cirujano á provocar hemorragias en el momento del corte.

Es casi seguro que estos tropiezos dieron orígen á la modificacion, que fué inventada, probablemente, para vencer estas dificultades, y ella no lo consiguió satisfactoriamente; en nuestro caso pudimos apreciarlo. Una vez que con algun trabajo hubimos pasado dos hebras metálicas, atamos las correspondientes entre sí: los bordes del neo-plasma quedaron bien estrangulados; pe-

ro con los intermedios era verdaderamente imposible asegurar la estrangulacion de la parte correspondiente. En este tiempo de la operacion tuvimos alguna contrariedad, que es necesario señalar: los hilos metálicos de fierro no soportaban la tirantez y se rompian, y la aguja de Cintrat no correspondió á nuestras esperanzas, pues en un esfuerzo saltó su ojo, siendo necesario apelar á las agujas casi rectas y largas, que se usan para pediculizar los quistes ováricos, y á hilos de cobre gruesos; sin esto dificilmente se hubiera podido estrangular la gran porcion del tumor que extirpamos.

Pues bien; no queriendo perder el beneficio obtenido de la estrangulacion parcial de los bordes del tumor, quisimos, despues de apretar bien los cierra-nudos, reducir el tumor cortando las partes estranguladas, y pronto nos persuadimos de la lentitud con que se obtendria el resultado ambicionado, pues relativamente son insignificantes las porciones del tumor que pueden quitarse por este procedimiento. Este beneficio se compra á un precio enorme, pues prolonga el traumatismo de un modo alarmante. Por nuestra fortuna la maniobra, inútil para su objeto principal, nos permitió fijar el tumor de un modo seguro, y ejercer tracciones suaves y prudentes que con algun movimiento de báscula de derecha á izquierda que se imprimió al tumor, le hizo salir de la cavidad abdominal tan gradual y lentamente, que no solo no se produjeron desgarros graves, sino que les fué posible á los encargados de evitar la hernia intestinal, cumplir satisfactoriamente su encargo.

En resúmen, este tiempo de la operacion no se puede realizar fácilmente, ni aun con la modificacion que el autor ha indicado, siendo en consecuencia más natural dar á la incision un tamaño proporcionado al del tumor, si no se quiere prolongar la maniobra con grande peligro para los enfermos.

Si el *morcellement* intra-abdominal es fatigoso, difícil, y algunas veces casi imposible, no es así el que se puede practicar cuando el tumor se ha desalojado, y se tiene, por decirlo así, en la mano. Entonces es á la vez que fácil, relativamente necesario para pediculizar el neo-plasma y completar su extirpacion. En efecto, nosotros pudimos hacerlo una vez extraido el tumor, y para ello nos servimos del gran trocar de Chassaignac, pues ya nos inspi-

raba desconfianza la sola aguja Cintrat de que podiamos disponer. El empleo de este instrumento es molesto é inseguro, porque su gran curvatura y longitud no permiten la precision que es de desearse en estos casos; sin embargo, nos prestó un servicio inestimable, pues pudimos atravesar el tumor de adelante hácia atrás y ligeramente arriba, cuidando con esmero la vejiga, en la que no faltaba la sonda; mientras se hacia esta maniobra los intestinos estaban convenientemente protegidos. Cuando por la cánula del trocar pudimos pasar los alambres de cobre, retiramos la cánula, y hechas dos asas que se sujetaron á sus correspondientes cierra-nudos, apretamos el tumor lo suficiente para extirpar sin pérdida de sangre los cuatro quintos del neo-plasma, quedando aún una porcion única, cuya base casi ocupaba la excavacion pelviana. Aquí debemos hacer justicia á una buena invencion del Dr. Pean: ha imaginado felizmente el empleo de toallas finísimas que impiden el escurrimiento de sangre en la cavidad del vientre, y favorecen la separacion de los bordes de la herida, sin dejar salir el intestino y gran epiplon. Su utilidad es tan notoria, que no nos parece pueda prescindirse de su empleo. En el tercer tiempo de la operacion debiamos extirpar el resto del tumor y pediculizarle, si fuese posible.

Debemos recordar que en nuestra enferma el tumor ocupaba la cavidad del cuello, y sus límites inferiores eran los bordes correspondientes de sus labios. No podiamos, en consecuencia, pensar en la amputacion supra-vaginal del útero; debiamos conformarnos con lo aconsejado en estos casos, es decir, debiamos renunciar á practicar pedículo como está mandado; comprender entre dos ligaduras la porcion del cuello uterino con el neo-plasma correspondiente, abandonándolo en el fondo de la herida, sujeto por los cierra-nudos con los hilos constrictores convenientemente preparados.

Las ligaduras debimos ponerlas, la una en el límite superior de la vagina, y la otra al nivel ó límite mínimo del fondo de saco útero-vesical. Al atravesar el resto del tumor en su límite marcado, me vino la idea de estrangularle en masa, y esto por temor de no haber despegado lo bastante el fondo vesical de la parte correspondiente del útero, y exponerme á maltratar la vejiga. Aceptada la idea, la realizamos; pero inadvertidamente

descuidamos ligar previamente las arterias útero-ovarianas que teniamos á la vista, sucediendo lo que era natural: que siendo mucho menos resistentes los ligamentos anchos en su insercion pelviana que el tumor que estrangulábamos, aquellos cedieron primero, quedando abiertas las mencionadas arterias, que dieron sangre en cantidad poco considerable, aunque siempre bastante para ensuciar el peritonéo. Por fortuna tenia en aquel momento á mi lado al Sr. San Juan, quien con habilidad y sangre fria se apoderó de los vasos que con el auxilio del Dr. Andrade, fueron ligados inmediatamente. Entretanto habia quedado separado la última porcion del tumor y hecho un pedículo que no esperábamos, de modo que casi nos felicitamos del accidente relativamente insignificante, á trueque de sacar de la cavidad pelviana todo el tumor. Basta reflexionar que este debe descomponerse y podrirse en la cavidad, para comprender los inconvenientes á que dará necesariamente lugar, mientras que la hemorragia, bien insignificante, puede evitarse con la doble ligadura previa de las arterias y su seccion intermedia: cuando ella no pudiere prevenirse, lo único temible seria abandonar ligaduras finísimas en la cavidad pelviana, que nunca producirán accidentes comparables á los que se deben ocasionar siguiendo el otro procedimiento.

Una vez que en el fondo de la herida quedaba la porcion del cuello con su parte de tumor y la vagina alargada, todo bien comprendido en las asas metálicas con sus cierra-nudos bien apropiados, se procuró levantarla con las agujas de Pean que habian sido colocadas previamente, siguiendo sus consejos, encima y debajo de las que se habian colocado las ligaduras para hacer pedículo. En toda esta maniobra fué siempre respetada la vejiga y el intestino de tal modo, que este último se encontró perfectamente sano cuando se quitaron las toallas, para hacer lo que llama Pean la *toilette* del peritonéo.

De esta importante tarea se encargó el Sr. Licéaga con sus ayudantes respectivos, logrando hacerla con una perfeccion admirable. En vista de la posibilidad de semejante resultado, ocurre preguntar si no es exagerado el consejo del Dr. Pean, de impedir absolutamente la abertura del peritonéo antes de contener la última gota de sangre; pues que si es verdad que de un modo general convenga obsequiarlo, nunca, en mi concepto, es racio-

nal prolongar el traumatismo gastando el tiempo en detalles que pueden evitarse: ya lo hemos dicho; puede el peritonéo limpiarse á satisfaccion, y á la vez abreviarse una operacion que se hace tanto más funesta cuanto más se prolonga. Terminada la limpieza, se procedió á la sutura profunda, comprendiendo en ella el peritonéo y empleando hilos de plata, y despues en la superficial alfileres adecuados.

Para facilitarla nos servimos de la aguja de Mathieu, y como por precaucion cuidamos de dejar fuera del vientre toda la porcion de epiplon, que me pareció ligeramente maltratada.

Para no omitir detalles, cuidamos, al hacer la sutura, de practicarla con la aplicacion de la toalla protectora que tanto recomienda el Dr. Pean.

Terminada esta última labor, hicimos cesar la anestesia. Empacamos cuidadosamente la herida, no sin dejar libres los cierra-nudos y agujas que sujetaban el pedículo. Cuidamos de mandar calentar la cama de la enferma, y la condujimos á ella con la mayor precaucion.

Esta pobre señora nos indicó al despertar, que tenia un hueco en el estómago y que sentia frio: dispusimos se le diera un té de naranjo caliente, y un poco de vino Jerez. Seis horas y media habiamos empleado para realizar nuestra empresa, y en todas ellas todos y cada uno de los operadores habiamos trabajado sin vacilacion ni tregua: las fuerzas nos faltaban casi; júzguese cuál seria el estado de la enferma.

Prescripcion en esa noche.

Pocion aromática y aplicada por cucharada cada hora; trozos de hielo y cucharaditas de leche de tiempo en tiempo; abrigo y reposo absoluto.

A las diez de la misma noche volví al lado de mi enferma, encontrándola en estado casi satisfactorio. Se quejaba de mucho cansancio; la posicion supina le era molesta, no podia dormir y pedia de beber.

A la mañana del 23 se me dijo que la noche habia sido muy mala, sin sueño verdadero. La enferma seguia quejándose de cansancio y malestar; su cara muy pálida, su cerebro tan cansado, que

dándome cuenta de su estado, se dormia. Su pulso á 124. Temperatura á 38, y su respiracion tan fuerte y tan estertorosa, que inspiraba miedo. Ningun meteorismo; poca sensibilidad del vientre; la herida en un estado satisfactorio. La porcion de pedículo que allí se encontraba comenzando á mortificarse. La orina se habia extraido por la sonda. En suma, el *choque*, el *peritonismo*, como lo llama Gubler, estaban allí para temer sus consecuencias.

Prescripcion.—Alcohol en cucharaditas, pocion tónica-aromática y ligeramente opiada. Por temor de la peritonitis, hielo al vientre. Al lado de la enferma estaba siempre un practicante pariente suyo, que la vigilaba á cada instante. A mi vuelta, á las cinco de la tarde, la enferma habia muerto; mi encargado me refirió que el calor del cuerpo disminuyó notablemente, mientras que la respiracion se hizo excesivamente fatigosa. Una hora antes de morir entró en cierta tranquilidad engañosa, que le hizo la ilusion de alguna mejora. La inspeccion no pudo hacerse completa, pero sí suficiente para adquirir la certidumbre de que no se habia producido una hemorragia consecutiva. Quitadas las agujas que sujetaban el pedículo, se encontró el peritonéo limpio. La herida comenzaba á cicatrizarse; como no habia trascurrido el tiempo suficiente para el desarrollo de la peritonitis, ni señales de ella, no queda sino el choque, el peritonismo, para explicar la muerte.

Descripcion del tumor.

De las tres secciones en que se divide el tumor, solo merece especial descripcion la más voluminosa de ellas: la extraida primero del vientre. Reunidas todas pesaron 3,320 gramos.

Difícil es referir la forma de la masa principal á alguna de las geométricas ó compararla con objeto conocido; sin embargo, puede calificarse de cordiforme, á pesar de que los apéndices que lleva en su superficie, de desigual tamaño y de variadas formas, dan al conjunto un aspecto irregular. Tiene veinte centímetros de altura, diez y ocho en su base y quince el diámetro antero posterior. El color (despues de maceracion en alcohol con trementina) es, en lo general blanco mate cambiando en los apéndices donde es amarillento y en la pared posterior del útero, siendo allí

rosado. Su consistencia es grande, elástica y remitente: los apéndices son mucho más duros.

Se pueden describir con más detalles una base, un vértice, una cara anterior y otra posterior.—La base convexa, de circunferencia redondeada, presenta el corte del neo-plasma; es su aspecto irregular, con grietas y salientes más ó menos marcadas que limitan como alveolos, notándose en el fondo de estos, con toda claridad, cierto entrecruzamiento de apariencia fibrosa. A la izquierda y hácia atrás se continúa esta base con la cara posterior del útero; en el resto de su extension está separada de las dos caras que estudiaremos, por un reborde saliente.

El vértice está constituido por el mayor de los apéndices, el que se acercaba en el vientre al hipocondrio derecho, de aspecto globuloso: está separado del resto de la masa por una parte estrecha que le forma como un cuello; su color por delante es amarillo sucio; en la parte posterior rojo sanguíneo. Lleva á su vez otros apéndices accesorios; dos adelante lenticulares, de aspecto calloso y poco salientes, otro á la derecha y abajo ovoideo y muy saliente; otro atrás de poca importancia. La consistencia del principal es blanda y remitente; la de los secundarios es mucho mayor.

La cara anterior mira un poco hácia arriba y á la derecha. Un poco deprimida á la izquierda, es ligeramente saliente á la derecha; en la parte superior tiene dos apéndices: uno que nace á la izquierda en el límite de las dos caras, tiene un pedículo estrecho, y su aspecto tuberculoso le da gran semejanza con una pequeña *papa*. La otra prominencia se acerca más á la línea média, es pequeña, y no necesita describirse.

En la parte inferior, esa cara está como estratificada, y se pueden aislar láminas hasta llegar á separar una pared diferente del tumor fibroso mismo; es la pared anterior del útero. A la derecha se confunde insensiblemente la cara que he descrito con la posterior.

Mirando esta última hácia atrás, está ligeramente dirigida hácia abajo y á la izquierda: posée forma triangular, es convexa; en su parte superior tiene como incrustados tres ó cuatro pequeños tubérculos, llevando adheridos el ovario y trompa izquierdos. Más abajo se ve la abertura triangular del útero; pero hay

que notar que reposando la mole en su cara anterior, corresponde dicha abertura á la parte média de la cara, y está un tanto cargada á la derecha. La pared posterior de la matriz está notablemente hipertrofiada; mide dos y medio centímetros su espesor. La altura de la cavidad uterina es de diez centímetros; su longitud cuatro, midiendo su abertura un centímetro. La segunda porcion, constituida totalmente por la neo-formacion, lleva adherido el otro ovario. La última seccion más pequeña presenta la parte más superior de la cavidad del cuello.

Exámen microscópico del tumor.*

Hemos hecho cuatro cortes diversos, colocándolos sucesivamente al microscopio.

Tomamos una parte de la mucosa uterina, aumentada de espesor, y dura; otra parte de la pared misma de la matriz; otra del tumor en el espesor de un corte reciente, y la última, de uno de los apéndices más lejanos al cuello. Observados detenidamente, no hemos podido hallar otra cosa que la hiperplasia del mismo tejido. Numerosos hacecillos de fibras musculares lisas, entrecruzándose en todos sentidos y dando por su aglomeracion el aspecto de masas oscuras. Fibro-células con núcleo, de forma prolongada (fusiformes); otras celdillas casi redondas, pero sin prolongacion de ninguna especie. Esto en el espesor mismo del tumor.

Hemos creido notar además numerosas fibras musculares unidas entre sí por un tejido conjuntivo, rico en elementos plasmáticos.

Registradas á diversos focos dichas preparaciones, no hemos podido apreciar la existencia de elementos embrionarios, celdillas multinucleares, etc. En una palabra, solo hemos hallado elementos adultos, propios del órgano que observábamos.

En la preparacion correspondiente al apéndice, encontramos, además de lo citado, algunas granulaciones moleculares grasosas, próximas á un vaso dividido dicotómicamente."

* El exámen microscópico ha sido presentado por el Sr. Dr. Mejía.

Siendo la Histerotomía una de las operaciones que se practican generalmente como último recurso, es por consiguiente, de aquellas en las que el cirujano tiene menos que esperar de la naturaleza, y por lo mismo, para las que debe acumular mayor número de conocimientos, para que disponiendo de la destreza y sangre fria necesarias en semejantes casos, pueda vencer las dificultades que se presenten en el momento de operar, disminuyendo así el número de probabilidades desfavorables para su enferma.

Ojalá y el presente trabajo sirva cuando menos para llamar la atencion de nuestros cirujanos, que dedicándose al estudio de esta operacion, podrán aclarar muchos de sus puntos aún oscuros.

No quiero terminar el presente trabajo sin dar públicamente las gracias al Sr. Dr. J. F. Fénélon por la bondad con que me ha distinguido, concediéndome la publicacion de su observacion, así como tambien manifestarle al Sr. Dr. R. Lavista, mi gratitud por los innumerables servicios que se ha servido dispensarme durante toda la época de mis estudios profesionales.

México, Mayo de 1878.

L. Castillo de Valle.

